

## **АКРОПУСТУЛЕЗ ИНФАНТИЛЬНЫЙ**

*Аль-Халиль Азад*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Для многих кожных заболеваний характерны типичные места локализации, однако, в случае нечасто встречающегося заболевания у врача могут возникнуть сложности в постановке диагноза, а следовательно, и ошибки в назначении лечения. Одним из таких дерматозов является акропустулез инфантильный, который относится к группе акропустулезов (синонимы - акропустулез детский, акропустулез грудного возраста, болезнь Кана-Ривлина). Акропустулезы (acropustuloses), это общее название ряда заболеваний, проявляющихся образованием на коже кистей и стоп стерильных пустул: пустулез ладонно-подошвенный; псориаз пустулезный ладонно-подошвенный; акродерматит пустулезный стойкий Алоппо; акропустулез инфантильный (acropustulosis infantilis);

Акропустиулез инфантильный это стерильный пустулез неясной этиологии, встречающийся у грудных детей и детей младшего возраста. Редкое заболевание, впервые описанное в 1979 г. с волнообразным течением (длительность обострения 2-3 недели), поражает кожу верхних и нижних конечностей, сопровождается сильным зудом.

Патофизиология инфантильного пустулеза неизвестна. Во многих случаях заболеванию предшествует чесотка (неспецифическую реакцию гиперчувствительности на *Sarcoptes scabiei*), атопический дерматит. Как правило,

бактериологические, вирусологические и серологические результаты обследования отрицательные. Предполагают, что инфантильный акропустилез представляет собой аутоиммунный процесс с не установленным антителом.

Точные данные о частоте встречаемости этого заболевания не известны. Одно исследование израильских ученых сообщает о 25 случаях дерматоза за 9 лет. Американские дерматологи считают, что частота встречаемости многократно больше. Ранние сообщения предполагали преобладание афро-американцев, но в настоящее время полагают, что инфантильный акропустилез встречается у всех рас одинаково. Современные исследования сообщают о равном распределении встречаемости заболевания между мужским и женским полом.

Заболевание появляется обычно, в первые месяцы жизни (между 2-12 месяцами жизни), реже бывает врожденным. Исследование израильских дерматологов сообщили о проявлении заболевания у детей до 9 лет, переболевших чесоткой или атопическим дерматитом (не обязательно для постановки диагноза).

Высыпания локализуются на коже верхних и нижних конечностей, чаще на коже подошв и ладоней, также высыпания могут наблюдаться на коже лица, волосистой части головы и туловище. Никакие другие органы и системы не вовлечены. Поражение начинается с покраснения или папулы, которые затем формируют изолированные пузырьки и гнойнички. После заживления пузырьков и гнойничков остаются гиперпигментированные пятна. Дети беспокойные, раздражительные, но общее состояние не нарушено. Интенсивность и продолжительность приступов уменьшаются с каждым рецидивом. Нет специализированных лабораторных исследований. Может наблюдаться эозинофилия крови.

Для гистологического исследования характерно однополостной (однокамерный) субкорнеальный, или интраэпидермальный, гнойничок, содержащий полиморфноклеточные нейтрофилы или эозинофилы. В дерме может присутствовать сосочковый отек и умеренный периваскулярный, главным образом, лимфоцитарный инфильтрат. Инфантильный акропустилез необходимо дифференцировать с рядом дерматологических заболеваний: кандидоз, вирусная пузырчатка полости рта и конечностей (у детей), ветряная оспа, импетиго, личинка *Larva Migrans*, псориаз, пустулезный ладонно-подошвенный, дисгидротическая экзема, чесотка, токсическая эритема, акродерматит пустулезный стойкий Алоппо, укусы насекомых, пустилез ладонно-подошвенный.

Лечение: Этиотропное лечение не разработано.

Местное лечение: назначают болтушки с вяжущим действием или мази с экстрактом коры дуба или синтетическим дубильными веществами. При обильной пустулезной сыпи рекомендуется глюкокортикоиды (0.1 % триамсинолоновый крем).

Системная терапия: при тяжелых случаях назначается дапсон (2 мг/кг в день), дапсон следует назначать по строгим показаниям, так как препарат вызывает образование метгемоглобина и гемолиз. При отмене препарата наступает рецидив заболевания. Антигистаминные препараты могут быть эффективными для снятия симптома зуда.

Целью нашего исследования было изучить клинические проявления, течение и исход инфантильного акропустилеза.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили пациенты Витебского областного клинического кожно- венерологического диспансера.

**Результаты и обсуждение.** Ребенок М. (7 недель) с наличием высыпаний на ладонях, туловище и волосистой части головы. При осмотре высыпания локализовались на ладонях и боковых поверхностях туловища в виде пустул красно-розового цвета. На коже кистей наблюдались гиперлинеарность ладонного рисунка. Волосистая часть головы покрыта обильными чешуйками. Ребенок раздражительный, беспокойный, общее состояние не нарушено, заболевания 2 недели. Отсутствие признаков чесотки у отца, матери и брата ребенка.

Учитывая типичные клинические проявления, был поставлен диагноз: инфантильный акропустилез, себорейный дерматит.

Было рекомендовано местно - смягчающие средства (Липикар, Топи - крем); на кисти - водно-цинковая взбалтываемая взвесь с ментолом. Плановые прививки не противопоказаны. Повторная консультация через 1,5 месяца.

В результате проведенного лечения на коже ладоней и боковых поверхностях туловища пустулы регрессировали. На волосистой части головы значительно уменьшилось шелушение.

**Выводы.** Несмотря на то, что инфантильный акропустилез не является часто встречаемым заболеванием у детей, врачу – дерматологу следует помнить об этом заболевании. Тщательно собранный анамнез (возраст ребенка, продолжительность обострения, в анамнезе чесотка или атопический дерматит), пустулезные высыпания на коже ладоней и подошв. помогут заподозрить заболевание, провести необходимые обследования, установить диагноз и назначить лечение.

Литература:

1. Дерматозы эозинофильные и нейтрофильные /В.П. Адашкевич, О.Д. Мяделец/ Москва Медицинская книга 2001- с. 233
2. Болезни кожи у детей «диагностика и лечение» /Дитрих Абек, Валтер Бургдорф, Хансйорг Кремер/ Москва. Медицинская литература 2007 – с. 96
3. Терапевтический справочник по дерматологии и аллерголог/П. Альтмайер/ Москва ГЕОТАР-МЕД 2003 – с.28.